**CRIBADO DE ESTADO DE SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL DEL PERSONAL SANITARIO**

Para conocer su estado emocional actual, a continuación aparecen un grupo de circunstancias que hacen referencia a su situación **relacionada con la emergencia por COVID-19.** Marque la opción que mejor se corresponda con su caso.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No |  | Nunca | A veces | Siempre |
| 1 | He tenido dificultades para concentrarme en las cosas que hago. |  |  |  |
| 2 | He rehusado realizar tareas que requieren exponerme a mayor riesgo. |  |  |  |
| 3 | He notado problemas gastrointestinales (diarreas, salto epigástrico, vómitos). |  |  |  |
| 4 | Me he sentido triste y/o desmotivado. |  |  |  |
| 5 | He presentado dificultades en la memoria. |  |  |  |
| 6 | He notado cambios en mi comportamiento (irritabilidad, apatía, agresividad). |  |  |  |
| 7 | He notado dificultades como mareos, desmayos, sudoraciones, temblores. |  |  |  |
| 8 | He tenido sentimientos de soledad desprotección o aislamiento. |  |  |  |
| 9 | He pensado que no tiene sentido hacer algo por esta enfermedad |  |  |  |
| 10 | He notado que consumo sustancias inhabituales (o con mayor frecuencia de lo normal para mi) psicofármacos, cigarrillos, café, alcohol u otros. |  |  |  |
| 11 | He sufrido descompensación de enfermedades crónicas (si las padece). |  |  |  |
| 12 | He sentido miedo persistente a enfermar, contagiar a otros o morir. |  |  |  |
| 13 | Me he sentido preocupado por dificultades o conflictos personales. |  |  |  |
| 14 | He cambiado la forma de relacionarme con las personas. |  |  |  |
| 15 | He notado dificultades como taquicardias, dolor precordial, falta de aire. |  |  |  |
| 16 | Me he sentido ansioso ante la incertidumbre que genera la emergencia por la COVID-19. |  |  |  |

Nombre y apellidos del trabajador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escenario de observación: Cuidados Intensivos \_\_\_ Sala hospitalaria \_\_\_ APS (ingreso domiciliario) \_\_\_Otro \_\_\_

Profesión o tipo de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMA DE CALIFICACION E INTERPRETACIÓN**

Esferas que se evalúan:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Esfera** | **Preguntas** | **Esfera** | **Preguntas** |
| Cognoscitiva | 1, 5, 9, 13 | Somática | 3, 7, 11, 15 |
| Conductual | 2, 6, 10, 14 | Afectiva | 4, 8, 12, 16 |

Las respuestas en la primera columna se califican con 0 puntos, en la segunda con 1 punto y con 2 puntos en la tercera. Puntaje máximo total: 32

Se interpretará que **NO NECESITA AYUDA PSICOLÓGICA** si: Obtiene de 0 a 8 puntos.

Se interpretará que **NECESITA AYUDA PSICOLÓGICA** si: Obtiene de 9 a 32 puntos.